

6. **Körperbehinderungen**

- keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung
 falls ja, welche: _____

7. **Herz/Kreislauf**

- keine Anzeichen für Herz/Kreislaufstörungen
 falls ja, welche: _____

8. **Blut**

- keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung
 falls ja, welche: _____

9. **Erkrankungen der Niere**

- keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz
 falls ja, welche: _____

10. **Endokrine Störungen**

- keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit
 Zuckerkrankheit – falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung
 keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen
 falls ja, welche: _____

11. **Nervensystem**

- keine Anzeichen für Störungen
 falls ja, welche: _____

12. **Psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)**

- keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung
 falls ja, welche: _____

13. **Gehör**

- keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens
 falls ja, welche: _____

14. **Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z. B. Schlafstörungen)**

- keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit
 falls ja, welche: _____

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (Kopie für den Arzt)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Familienname, Vorname _____
Tag der Geburt _____
Ort der Geburt _____
Wohnort _____
Straße/Hausnummer _____

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

- keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,
- eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Familienname, Vorname _____
Tag der Geburt _____
Ort der Geburt _____
Wohnort _____
Straße/Hausnummer _____

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

- keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,
- eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift
